

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE FAUX-CROUP
au cours de la Scarlatine

PAR

Charles JUBERT

Médaille militaire. — Croix de guerre

Président : M. NOBÉCOURT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26; PARIS (VI^e Arr.)

1920

97

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE FAUX-CROUP

au cours de la Scarlatine

PAR



Charles JUBERT

Médaille militaire. — Croix de guerre

Président : M. NOBÉCOURT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	GUNÉO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale.....	N.
Pathologie chirurgicale.....	N.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.....	WIDAL
	GILBERT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants.....	MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DUPRÉ
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELMÉ
Clinique des maladies contagieuses.....	P. MARIE
	TEISSIER
Clinique chirurgicale.....	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE LA PERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.....	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.....	AUGUSTE BROCA
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ
	SEBILLEAU

Agrégés en exercice

MM.	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	GARNIER	LE LORIER	RETERER
BASSET	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEMINT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	LABB HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DEBR	TINE	OKINCZYC	
DESMAREST			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage et externat)

- M. LE PROFESSEUR DEBOVE (*in memoriam*) ;
M. LE DOCTEUR CHAPUT (*in memoriam*) ;
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER ;
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER ;
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN ;
M. LE DOCTEUR CLAISSE ;
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE ;
M. LE DOCTEUR ANDRIEU, Médecin-major de 1^{re} classe.

A M. LE DOCTEUR MAILLET

Chef de Clinique à la Faculté

En l'assurant de toute notre gratitude pour sa constante bienveillance à notre égard.

A M. CH. BIDOT

*Chef du laboratoire de chimie de la Clinique Médicale
des Enfants-Malades*

Dont l'aide efficace nous a grandement facilité le succès. Qu'il soit assuré de notre amitié reconnaissante.

A M. LE PROFESSEUR HUTINEL
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré ce travail.
En hommage de profond respect
et de vive reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Chevalier de la Légion d'Honneur

En le remerciant d'avoir bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

AVANT-PROPOS

Parmi les complications de la scarlatine, celles dont les différents segments de l'appareil respiratoire peuvent être le siège sont généralement peu connues ; la pleurésie se trouve toujours mentionnée parce qu'on la range parmi les complications touchant les séreuses ; mais les laryngites, bronchites, bronchopneumonies ou pneumonies sont le plus souvent passées sous silence.

Le Professeur HUTINEL traite de ces faits dans une leçon clinique en juin 1914, à l'hôpital des Enfants-Malades ; en juin 1920, il attira à nouveau l'attention sur quelques complications rares de la scarlatine et en particulier sur les atteintes laryngées ; depuis, de nouveaux cas de laryngite suffocante se sont produits au pavillon Trousseau, et il nous a paru intéressant de grouper ces observations, en y ajoutant celles que nous avons pu relever dans la littérature médicale, et d'essayer d'en tirer quelques conclusions diagnostiques et thérapeutiques.

Qu'il nous soit permis de redire ici tout notre attachement à M. le Professeur HUTINEL qui nous permet de

suivre comme externe son merveilleux enseignement clinique pendant l'année 1920. Le cours des événements n'a pas permis que cette thèse dont il est l'inspirateur fut présidée par lui. Ce fut pour nous une grosse déception, et il fallut, pour nous consoler, la nomination à la chaire de clinique médicale infantile de celui qui est le plus digne d'assumer une aussi lourde succession et qui « ne laissera pas tomber le flambeau » : le Professeur NOBÉCOURT.

Historique

CROUP ET LARYNGITE STRIDULEUSE. — Le mot « croup » est une onomatopée venue d'Ecosse (HORME, 1765) et qui voulait signifier « toux rauque ». Mais, comme on l'appliquait à toutes les dyspnées laryngées sans distinction, la confusion la plus complète régnait dans les travaux de cette époque ; il suffit pour s'en rendre compte de lire le compte rendu de ROYER-COLLARD, rapporteur de la Commission, sur les écrits qui furent envoyés en 1812 au concours de l'Académie sur le Croup (1).

En 1826, BRETONNEAU apporte le premier la lumière sur cette question en indiquant les caractères essentiels permettant de différencier ces deux maladies bien distinctes, le croup et le faux croup qu'il appelle laryngite striduleuse. Puis TROUSSEAU, élève de BRETONNEAU, donne du faux croup une remarquable description et crée vraiment en pathologie interne le chapitre de la laryngite striduleuse.

SCARLATINE ET LARYNX. — TROUSSEAU a écrit dans ses cliniques « La scarlatine n'aime pas le larynx ». « C'est

(1) In thèse COUDERT.

« une de ces phrases lapidaires que l'on rencontre dans nos livres de médecine, qui finissent par devenir des dogmes et presque des articles de foi », disait le Professeur HUTINEL dans sa leçon clinique de Juin 1914, et il ajoutait que, si cet aphorisme exprime une idée vraie, du moins faut-il savoir qu'il est des exceptions, et qu'elles se présentent d'une façon redoutable.

Dans la deuxième édition de ses cliniques, TROUSSEAU reconnaît que des complications laryngées peuvent se produire au cours des angines pseudo-membraneuses de la fin de la scarlatine ; mais il s'agit là de cas de croup consécutifs à une angine diphtérique surajoutée ; il affirme que l'angine scarlatineuse ne peut se propager au larynx.

Les angines blanches ulcéro-nécrotiques de la scarlatine avaient cependant déjà été étudiées au XVIII^e siècle par de HAEN, par les médecins anglais et par BORSIERI. Depuis HÉNOCH, POPPISCHELL et les médecins français contemporains ont relaté des cas de faux croup sans fausses membranes diphtériques.

La laryngite striduleuse a été décrite au cours de la rougeole, de la coqueluche, de la variole, de la varicelle ; il est bon de savoir qu'elle se rencontre aussi au cours de la scarlatine.

Etude clinique

OBSERVATION I (*Inédite*)

Madeleine C..., 8 ans. — Début le 28 mai 1920, au soir ; fièvre, vomissements, céphalée. Le 29, éruption généralisée. Elle entre à l'hôpital.

Elle est née à 7 mois 1/2 de grossesse, a marché à deux ans, a eu la rougeole, la coqueluche, et fréquemment des angines.

Le 30, éruption typique. Etat général prostré, extrémités violacées avec des érythèmes aux coudes et aux genoux. Angine nécrotique double ; langue dépouillée. On lui fait prendre XX gouttes d'adrénaline, et un bain froid toutes les 3 heures. La température est à 40°.

L'examen des urines pratiqué après avoir fait ingérer la veille 50 grammes de sucre donne le résultat suivant (31 mai).

Volume des 24 heures : 400 cmc.

Albumine : 0 gr. 30.

Glucose : 0.

Acétone : forte quantité.

Acide diacétique : forte quantité.

Il y a donc insuffisance hépatique.

La tension artérielle prise au Pachon est de 7-6. On continue l'adrénaline et on fait de l'huile camphrée.

Le 3 juin. L'état général s'aggrave. L'enfant a de la dyspnée. On constate une suppuration de la pituitaire qui se manifeste par du jetage et des érosions au-dessous des narines. L'angine s'étend en se modifiant et prenant le caractère pseudo-mem-

branceux ; elle prend le voile du palais. Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume.

La voix est modifiée, mais reste claire. La toux est rauque ; il y a du tirage sus et sous-sternal. Le Professeur HUTINEL ne pense pas à la diphthérie. Cependant dans la soirée on passe l'enfant au service de la diphthérie. L'interne de garde trouvant la voix non éteinte ne pratique ni tubage ni trachéotomie. On lui fait cependant par précaution 40 cmc. de sérum anti-diphthérique.

Le 4 juin, l'état général est toujours grave. L'enfant est vu par M. AVIRAGNET qui, se basant en particulier sur l'absence de troubles cardiaques, repousse le diagnostic de diphthérie. L'examen bactériologique fait par M. MARIE ne montre pas de bacilles de Löffler, malgré deux réensemencements.

L'enfant meurt le 4 juin. Pas d'autopsie.

OBSERVATION II (*Inédite*)

Louis L..., 6 ans. — Entre à l'hôpital le 6 mars 1916, avec une éruption scarlatineuse généralisée typique. Né de parents sains. A eu la rougeole à 4 ans. Il présente le syndrome malin : dépression profonde, extrémités froides et cyanosées, température à 40°, 2. Il a du coryza purulent, et la gorge n'est pas seulement rouge framboisée, mais est tapissée d'un exsudat blanc grisâtre sous lequel se voient sur les deux amygdales des ulcérations nécrotiques ; les lèvres sont fissurées au niveau des commissures ; les ganglions cervicaux sont tuméfiés. On lui fait prendre X gouttes d'adrénaline.

Le 7, l'état général est grave. Dans la soirée l'enfant présente de la dyspnée, avec cornage inspiratoire, tirage sus et sous-sternal, cependant que la voix et la toux restent claires. On le conduit au service de la diphthérie, où il meurt dans la nuit, sans que l'on ait fait de tentative de tubage, le diagnostic de croup n'ayant pas été porté. Pas d'autopsie (*Opposition*).

OBSERVATION III (*Inédite*)

Lucie P. : 5 ans. — Entre au pavillon de la scarlatine le 15 juin 1918, avec une éruption généralisée à tout le corps,

sauf aux membres inférieurs, qui aurait débuté la veille au soir par le cou et le thorax.

Les parents sont en bonne santé. L'enfant née à terme s'est développée normalement. A eu la coqueluche et la rougeole à l'âge de 3 ans.

L'angine est très marquée, la langue est rouge framboisée ; il y a un peu de jetage nasal. Les amygdales sont tuméfiées. L'état général est assez sérieusement atteint, l'enfant est apathique et somnolente, la température est à 39°;7.

Le 17, apparaissent brusquement des troubles laryngés caractérisés par du tirage et de la raucité de la voix, qui ne s'éteint à aucun moment. On porte le diagnostic de faux croup. On l'assoit dans son lit et on lui fait des pulvérisations chaudes dans la gorge. Les phénomènes laryngés disparaissent, il ne reste qu'un peu de rancité dans la voix.

Les jours suivants l'enfant prend de l'adrénaline, l'état général s'améliore, la scarlatine suit le cours normal. L'enfant sort guérie.

OBSERVATION IV (personnelle)

Henriette C... : 3 ans. — Fut prise le 20 juillet 1920 de vomissements, de douleur de la gorge avec dysphagie et céphalée. L'éruption est constatée vers le soir et l'enfant est amenée à l'hôpital.

Antécédents héréditaires : Père en bonne santé. La mère a souvent de la bronchite ; elle a fait deux fausses couches.

Antécédents personnels : Enfant née à terme, pesant 4 kgr. nourrie au sein jusqu'à 4 mois, puis au biberon. Elle a eu sa première dent à 5 mois, et a marché à 11 mois. Depuis l'âge de 4 mois elle est toujours malade : troubles gastro-intestinaux ; bronchite ayant duré un an.

Le 21 juillet, l'éruption est nette. La gorge est rouge, sans angine nécrotique, les amygdales sont grosses. La fièvre est à 40°. On trouve la raie blanche de SERGENT. L'enfant vomit et a de la diarrhée.

Le 24, on constate un exsudat grisâtre sur l'amygdale droite. Les vomissements continuent.

Le 25, coryza purulent ; l'angine s'est étendue surtout à

droite. Pas de troubles cardiaques, pas d'albuminurie. Température à 40°, 1. Etat général médiocre, asthénie et apathie. L'enfant se cyanose légèrement lorsqu'on pratique le lavage de sa gorge. Elle est prise soudain d'une dyspnée extrême, avec crises paroxystiques, toux légèrement rauque, mais non éteinte. Elle est envoyée à la diphtérie ; l'interne de garde, en raison des caractères de ces troubles laryngés, de l'absence de l'haleine spéciale de la diphtérie et de troubles cardiaques, rejette le diagnostic de croup et ne pratique pas le tubage. Par précaution on injecte 40 cmc. de sérum antidiphtérique.

L'enfant est décédée le 26 juillet.

A l'autopsie, on a trouvé : aucune fausse membrane ; sur le larynx : des effusions hémorragiques sous-glottiques, avec de l'œdème (Pièce conservée au laboratoire de la Clinique médicale des Enfants malades).

Aux poumons : à gauche, congestion simple de la base ; à droite : congestion plus marquée.

Plèvres normales ; quelques ganglions trachéobronchiques hypertrophiés dont plusieurs ramollis.

Cœur normal. Foie et reins légèrement congestionnés. La rate pèse 95 grammes. Rien d'anormal à l'estomac, à l'intestin et au péritoine. Les capsules surrénales paraissent normales.

OBSERVATION V (Personnelle)

Madeleine J... : 8 ans. — Est prise le 17 juillet 1920 de céphalée, mal de gorge, angine et coryza, avec température à 40°. Le lendemain, vomissements. Le 20 juillet, on constate une éruption sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen. La fièvre est toujours élevée, l'enfant a du délire, on la fait entrer à l'hôpital.

Rien de particulier dans les antécédents des parents. L'enfant est née à terme, fut nourrie au biberon, a eu sa première dent à 6 mois, a marché à 18 mois. Elle a eu des crises convulsives pendant la guerre. On l'a opérée de végétations adénoïdes et des amygdales en septembre 1919.

Le 21 juillet on constate une angine nécrotique bilatérale, des ulcérations nombreuses labiales et péri-buccales, du coryza, de l'adénopathie cervicale. Rien d'anormal au cœur, ni aux

poumons. Le foie n'est pas gros. Pas d'albuminurie. Pas de raie blanche. La tension artérielle mesurée au Pachon donne 9-6.

On fait l'ensemencement du nez et des amygdales : pas de bacilles de Löffler.

Le 22 juillet, l'état est très grave, avec délire. Au cœur on trouve de la tachycardie et de l'embryocardie. Le pouls n'est pas perceptible. Il se produit une épistaxis gauche. La gorge est en meilleur état. Brusquement l'enfant présente de la dyspnée, avec cornage et tirage. La voix est rauque, mais ne s'éteint pas. On applique des compresses chaudes sur le cou ; les phénomènes s'amendent, les spasmes laryngés cessent, la respiration redevient normale.

Le 23, l'enfant est moins abattu. Il se produit un léger écoulement séropurulent des oreilles ; la pituitaire suppure abondamment.

Le 24, état très amélioré, la tachycardie a cessé. L'examen des urines pratiqué le 22 juillet après absorption de 50 grammes de sucre a décelé la présence d'une très grande quantité d'acide diacétique et d'acétone.

Les jours suivants est apparue une otite avec écoulement abondant, qui ne nécessita pas d'intervention opératoire.

Le 16 août, la température remonte à 39°,5. Quelques taches rosées apparaissent sur l'abdomen, la rate est grosse ; l'enfant a deux selles diarrhéiques.

Le 18, les taches rosées persistent, le ventre est légèrement ballonné. L'enfant n'est pas très abattu. La température est à 38°,6 et se maintiendra à cette hauteur jusqu'au 22.

Le séro-diagnostic est négatif avec T et Para A ; il est positif avec Para B jusqu'au 1/1200°.

Le 22, la température tombe à 37°.

Le 23, grande amélioration de l'état général. Le ventre n'est plus ballonné, il n'y a plus de diarrhée. L'état psychique est normal.

L'enfant sort guérie le 7 septembre.

Dans les cinq observations inédites précédentes, ainsi que dans celles que l'on trouvera à la fin de cette étude,

nous rencontrons le même tableau dramatique et bien caractérisé: accès de suffocation au cours desquels la respiration, et plus particulièrement l'inspiration, devient stridente, avec une toux rauque et bruyante, bien différente de la toux étouffée et assourdie de la laryngite diphtérique ; la voix peut être éteinte pendant les accès, mais reste claire dans les intervalles. C'est bien là le faux croup, magistralement décrit par TROUSSEAU, mais faux croup au cours de la scarlatine, comportant un pronostic très sombre, puisque sur quinze cas que nous avons pu relever trois seulement se sont terminés par la guérison. Il s'agit dans tous ces cas d'une streptococcie laryngée.

En effet, la scarlatine, infection générale, présente le plus souvent une localisation angineuse qui, souvent, diffuse vers les parties voisines, envahit la muqueuse nasale, se propage à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne, provoquant une suppuration abondante et occasionnant des lésions des ganglions et des sinus de la face. L'extension vers le larynx est moins commune ; elle se fait par voie descendante et souvent chez des enfants sensibilisés par une atteinte antérieure des régions supérieures de l'appareil respiratoire, enfants ayant de grosses amygdales, des végétations adénoïdes, ou une pituitaire épaissie, entretenant dans leur pharynx une inflammation chronique (Observations I, V, VIII, IX, XII).

Nous trouvons enfin fréquemment, à l'origine de ces atteintes laryngées, les angines ulcéro-nécrotiques que l'on rencontre au cours des formes graves de la scarlatine constituant le syndrome malin, bien décrit par le Pro-

fesseur HUTINEL (Observation V, VI, VII, VIII, XI, XIV).

Ce faux croup se différencie donc de la laryngite striduleuse commune, affection primitive du larynx, tandis qu'il est, lui, la conséquence de l'extension d'un état morbide.

Remarquons brièvement dès maintenant, nous réservant de revenir sur ces points ultérieurement, que cette complication dramatique de la scarlatine survient chez des enfants âgés de moins de huit ans et dans presque tous les cas dans la première semaine de la maladie (deux exceptions seulement : 9^e jour (obs. XIII) — 15^e jour (obs. XII).

Bactériologie. Anatomie pathologique. Pathogénie

BACTÉRIOLOGIE. — L'examen bactériologique n'a été pratiqué qu'un petit nombre de fois (observations I, V, VI, VIII, XI). Dans aucun de ces cas on n'a trouvé de bacille de Löffler; par contre, on a rencontré, dans certaines préparations, du streptocoque. Aussi, M. HUTINEL admet-il qu'il s'agit de streptococcie laryngée; POPISCHELL avait déjà signalé les laryngites streptococciques au cours de la scarlatine.

L'absence de fausses membranes, constatée non seulement par l'examen mais encore par les autopsies qui ont pu être pratiquées, confirme les résultats précédents; car si la diphthérie existe bien sans fausses membranes, il est rare que le croup ne soit pas provoqué par elles. Il est intéressant de noter que, alors que l'angine pseudo-membraneuse se rencontre assez fréquemment au cours de la scarlatine, ce ne soit pas elle qui détermine des accidents de suffocation. Nous l'avons rencontrée une seule fois (obs. I) et l'examen bactériologique a permis d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de bacilles de Löffler. Nous savons qu'il en est souvent ainsi; GRAVES et TROUS-

SEAU avaient nettement soutenu que, au début de la scarlatine, ces fausses membranes ne sont jamais diphtériques ; JACQUOD, DIEULAFOY, HEUBNER s'étaient ralliés à cette opinion. SEVESTRE écrit : « La diphtérie secondaire dans la scarlatine est beaucoup moins commune qu'on ne le croyait, il y a peu de temps encore, lorsqu'on rattachait à la diphtérie toutes les angines à fausses membranes observées chez les scarlatineux » (1).

Les recherches bactériologiques de LENHARTZ, RASKIN, WURTZ et BOURGES, WOOD et FORMADE ont montré des microcoques dans les fausses membranes. LÖFFLER, dans cinq de ces angines, n'a trouvé le bacille de la diphtérie qu'une fois (2). MM. ROUX, CHAILLOU et MARTIN ont exprimé la même opinion dans les « Annales de l'Institut Pasteur » (1894); de même de ROCHELY, dans sa thèse.

Pour POUGAUD qui, dans sa thèse, rapporte les travaux de MM. VARIOT, DEVÉ et ROY, la diphtérie serait plus fréquente et environ 50 pour cent des cas d'angines pseudo-membraneuse du début de la scarlatine, serait à bacilles de Löffler, Il va plus loin et soutient qu'en recherchant systématiquement le bacille de Löffler, même en l'absence de signes cliniques, on le trouve fréquemment. Ceci ne nous surprend pas outre mesure ; nous savons : d'une part, que 80 pour 100 environ des individus sont vaccinés naturellement contre la diphtérie et il est possible que l'association d'un germe peu virulent, ne supprime pas cette défense naturelle; d'autre part, qu'il existe des

(1) *Société médicale des hôpitaux*, mai 1890.

(2) WURTZ, *Traité de médecine et thérapeutique*, Gilbert et Thoinot, II, p. 159.

porteurs de germes, et cela, nous le savons d'autant mieux, que si la notion s'est vulgarisée récemment avec l'expression nouvelle, elle n'en date pas moins de près de trente années, puisque au Congrès de Budapest de 1894, fut lue une note du Professeur HUTINEL signalant ce fait chez des enfants non diphtériques de son service des Enfants Assistés.

Quoi qu'il en soit, même si un certain nombre d'angines à fausses membranes du début de la scarlatine sont diphtériques, étant donné qu'il ne semble pas que les pseudo-membranes soient fréquentes dans les cas compliqués de faux croup, nous retiendrons que les accidents laryngés, éclatant dans les premiers jours de la fièvre pourprée, ne sont généralement pas dus au bacille de Löffler.

Par contre, l'angine pseudo-membraneuse tardive est presque toujours de nature diphtérique. « C'est, disait TROUSSEAU, quand l'éruption a disparu et que l'on rassure la famille, que l'angine diphtérique tardive apparaît. » GRAVES, de Dublin, dans ses leçons cliniques, cite des cas de croup survenus chez des scarlatineux après une angine à fausses membranes tardives.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ce paragraphe sera nécessairement bref, car peu d'autopsies ont été faites, et d'autre part, il n'y a pas matière à discussion. Nous nous contenterons de rapporter les résultats.

Obs. IV. — Suffusions hémorragiques sous-glottiques
OEdème.

Obs. VI. — Muqueuse laryngée tapissée de muco-pus.
— Une petite ulcération près du cartilage aryténoïde gauche. — Dans la région sous-glottique, la trachée et les grosses bronches, la muqueuse est tuméfiée et tapissée de muco-pus.

Obs. VII. — Muqueuse sous-glottique rouge et gonflée.

Obs. XI. — Muqueuse tapissée de muco-pus et des ulcérations de la dimension d'un grain d'orge sur le vestibule.

Obs. XIII. — Pus dans le larynx.

Obs. XIV. — Muqueuse tapissée d'un mucus grisâtre, épaissie surtout dans la région sous-glottique.

Les lésions peuvent donc se borner à une inflammation de la muqueuse qui est recouverte de muco-pus, tuméfiée et peut être œdématiée ; leur prédominance au-dessous des cordes vocales, nous permet de dire qu'il s'agit surtout de laryngite sous-glottique; cette localisation nous explique bien le faible degré d'altération de la voix, qui est rauque, mais non éteinte puisque les cordes vocales ne sont que légèrement touchées ou même absolument indemnes.

PATHOGÉNIE. — L'anatomie pathologique nous a montré que ces crises de suffocation ne sont pas dues à un obstacle laryngé, et en particulier pas à des fausses membranes. L'œdème de la muqueuse pourrait cependant constituer une gêne à la circulation de l'air, et cet œdème a été observé, ce qui n'est pas pour nous surprendre, puisque, au cours de la scarlatine, le rein est fréquemment

insuffisant et que, par conséquent, les rétentions de liquide dans les tissus ne sont pas chose rare.

L'œdème n'est cependant pas constant, pas plus que les altérations rénales, et le serait-il d'ailleurs qu'il nous expliquerait mal le caractère paroxystique de ces dyspnées. Un autre élément intervient : le spasme ; c'est lui qui, comme dans la laryngite striduleuse banale et même comme dans la diphthérie, produit les accès de suffocation.

Les différents auteurs qui ont étudié le mécanisme des spasmes laryngés ont montré qu'ils se produisent surtout lorsque la région hypoglottique est lésée : c'est la région spasmogène et tussigène par excellence. Le réflexe suit la voie centripète des filets sensitifs du laryngé supérieur et, après réflexion dans les centres, revient par la voie centrifuge offerte par les filets récurrentiels du pneumogastrique, lesquels agissent sur des muscles tous, sauf les crico-aryténoïdiens postérieurs constricteurs (LANGLOIS et DE KERVILY). Or, nous savons que cette région sous-glottique est lésée dans presque tous les cas examinés; l'extension de l'infection s'est faite jusque-là chez des enfants sensibilisés du fait de l'inflammation chronique de leur tissu lymphoïde pharyngien ou des ulcérations nécrotiques produites par le syndrome malin.

Pour compléter la pathogénie du spasme, ajoutons l'élément mental : angoisse de l'enfant réveillé la nuit par la gêne respiratoire, peut-être terreur au cours de certaines opérations telles que le lavage de la gorge (obs. IV, 3 ans; obs. XIII, 23 mois). On sait d'autre part les rela-

tions qui existent entre les végétations adénoïdes et les terreurs nocturnes des enfants.

La prédominance de ces accidents chez le jeune enfant de moins de 8 ans, s'explique encore, outre la violence des réactions nerveuses, par des données anatomiques classiques : le petit volume du larynx et l'absence de glotte intercartilagineuse, le peu de développement de la région sus-glottique par rapport à la région sous-glottique, laquelle, riche en tissu conjonctif lâche, en vaisseaux sanguins et lymphatiques, s'enflamme facilement.

Diagnostic

La dyspnée laryngée se définit par trois signes principaux : cornage, tirage, ralentissement de la respiration ; elle se présente sous deux modes différents : dyspnée continue et dyspnée avec accès de suffocation. Le faux croup scarlatineux appartient à cette seconde catégorie, mais la plupart des dyspnées de l'enfant se compliquant de spasmes, nous aurons à envisager toutes les sténoses laryngées ; celles-ci ne se présentant pas indifféremment aux différents âges, nous les étudierons successivement chez l'enfant de plus de deux ans et chez l'enfant de moins de deux ans.

I. ENFANTS DE PLUS DE DEUX ANS.— A.— *Croup*.— Il se rencontre également chez l'enfant plus jeune, mais avec une fréquence moindre.

Nous avons montré précédemment que les accidents laryngés du début de la scarlatine ne sont généralement pas d'origine diphthérique. L'invasion du larynx par les fausses membranes est lente et progressive; les troubles de la voix précèdent les accès de suffocation ; enfin la toux est étouffée et assourdie, la voix éteinte aussi bien dans l'intervalle qu'au moment des accès. Dans le faux croup, au contraire, le début est brusque, la toux est rauque

mais sonore, et la voix reste claire dans l'intervalle des accès.

Il importe de savoir faire la différence entre les ulcérations nécrotiques de la scarlatine et les lésions diphtérique : l'amygdale est couverte d'une plaque grisâtre ou blanchâtre, mais c'est la muqueuse ulcérée qui est blanchâtre et non une fausse membrane.

M. AVIRAGNET attache une grande importance à l'étude des troubles cardiaques : ils sont toujours précoces dans l'angine diphtérique maligne : le pouls est mou, les bruits sont prolongés et assourdis, il y a de la tachycardie avec embryocardie, quelquefois au contraire bradycardie, souvent du bruit de galop. L'association scarlatine-diphtérie exalte la virulence des germes et il y a toujours dans ce cas angine maligne. Mais la scarlatine présente, elle aussi, des troubles cardiaques dans ses formes malignes (le Professeur HUTINEL a d'ailleurs montré que le syndrome malin se rencontre au cours de toutes les maladies infectieuses et que l'hypo-fonctionnement des capsules surrénales tient une grande place dans sa pathogénie). Concluons que si la présence de troubles cardiaques n'est pas un élément de diagnostic, leur absence peut du moins nous permettre de rejeter l'hypothèse de diphtérie.

La laryngoscopie et l'examen bactériologique ne sont pas de mise dans un cas aussi urgent et aussi dramatique.

B. — *Oedème du larynx*. — Il se rencontre au cours de la scarlatine, affection hydropigène, mais peut aussi être produit par la déglutition de liquides trop chauds. L'oedème de la région sous-glottique provoque le faux

croup avec tous ses caractères; localisé à d'autres régions moins spasmogènes il provoque surtout de la dyspnée continue, les caractères de la voix variant avec son siège.

C. — *Papillomes*. — La dyspnée permanente se complique de crises de suffocation produites, soit par un spasme de la glotte, soit par un déplacement de la tumeur pédiculée. L'interrogatoire des parents révélera l'existence de crises antérieures.

D. — *Les abcès latéro-pharyngiens, amygdaliens et péri-amygdaliens* produisent de la gêne respiratoire mais non une dyspnée laryngée.

2° ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS. — Le ronflement des végétations adénoïdes, le sifflement de l'asthme, les malformations congénitales ne constituent pas des causes d'erreur pour l'observateur attentif.

A. — *Hypertrophie du thymus*. — Elle se présente parfois sous forme d'accès de dyspnée séparés par des périodes de respiration normale. Le cornage est surtout inspiratoire, avec intégrité de la voix aussi bien pendant les paroxysmes qu'en dehors d'eux. Le tirage est à prédominance supérieure avec apatissement latéral du thorax ; il s'exagère dans l'hyperextension de la tête et le décubitus dorsal ; une tumeur mollassse, augmentant à l'expiration et diminuant à l'inspiration est quelquefois perçue au creux sus-sternal. La percussion peut éclairer le diagnostic (1).

(1) P. NOBÉCOURT et LÉON TIXIER. *Comptes rendus de l'Association française de Pédiatrie*.

B. — *Adénopathie trachéo-bronchique.* — Elle peut provoquer des spasmes par irritation des récurrents ; ce phénomène est précédé d'altérations de la voix qui devient généralement bitonale, un seul récurrent étant le plus souvent intéressé. Le tirage est à prédominance inférieure, la cavité thoracique est aplatie d'avant en arrière et élargie transversalement ; le cornage est à prédominance expiratoire ; le cri est faible mais normal, la toux parfois rauque mais non éteinte.

C. — *Spasme idiopathique de la glotte.* — L'inspiration devient musicale, puis l'enfant se cyanose ; enfin la respiration reprend, d'abord gloussante, puis silencieuse. Ce laryngospasme est toujours une manifestation de la diathèse spasmodique et s'accompagne des autres signes (hyperexcitabilité électrique, signe de Chvostek, signe de Trousseau).

D. — *Syphilis héréditaire précoce du larynx.* — Elle s'accompagne parfois de spasmes de la glotte, avec troubles de la voix, dyspnée, cornage et tirage. Les autres signes de spécificité éclairent le diagnostic (SEVESTRE).

E. — *Abcès rétro-pharyngien.* — Premier symptôme : la dysphagie. Le cri s'affaiblit, devient rauque et nasillard. Des spasmes peuvent se produire. Le toucher pharyngien donne le diagnostic.

F. — *Corps étrangers.* — Ils sont généralement diagnostiqués à l'aide des commémoratifs, quelquefois du toucher.

Indications thérapeutiques

Il est intéressant de constater que dans les trois observations qui se sont terminées par la guérison (III, V, XII) aucune tentative de tubage n'a été faite, et qu'au contraire ces tentatives se sont accompagnées dans quelques cas de tendances syncopales qui aggravèrent encore la situation. Nous ne sommes pas surpris par ces faits, puisque, même en admettant que le spasme cède au moment précis où l'on essaye de placer le tube, il est certain que ce dernier irritera encore la région sous-glottique, point de départ du réflexe, et d'autant plus qu'il y a souvent un certain degré d'œdème. Quant à la trachéotomie, les résultats en sont trop connus pour que nous puissions la proposer comme moyen thérapeutique.

Les guérisons que nous signalons ont été obtenues par des moyens plus anodins, qui consistent d'abord à essayer de rassurer le petit malade, tout au moins à ne pas l'affoler davantage, prescription qui a une certaine importance en ville, lorsque les parents sont, eux-mêmes, en proie à une angoisse bien légitime : à appliquer des compresses humides chaudes sur le cou de l'enfant, com-

binées au besoin avec un enveloppement humide chaud de tout le thorax, et à faire des pulvérisations chaudes dans la gorge du petit malade ; il est indiqué en outre de maintenir une certaine humidité de l'atmosphère en faisant bouillir dans la chambre, de l'eau contenant des substances aromatiques, (feuilles d'eucalyptus). On pourra encore faire un peu de révulsion au moyen de bottes d'ouate légèrement sinapisées.

Les vomitifs que l'on emploie quelquefois contre la laryngite striduleuse sont à prohiber, le malade n'étant pas en état de les supporter.

Enfin, au cas où un doute subsisterait, il est toujours indiqué d'injecter du sérum antidiphtérique.

Tous les malades qui furent traités de cette façon n'ont pas guéri ; mais il ne faut pas oublier que le faux croup est la complication d'un état infectieux très grave ; son pronostic reste extrêmement sombre. Cependant trois guérisons (sur quinze observations) ont été obtenues, dont deux par les procédés ci-dessus décrits (Obs. III et V) ; nous n'avons pas de renseignements sur la thérapeutique employée pour le troisième cas (Obs. XII).

Observations

OBSERVATION VI (HUTINEL in *Bulletin médical* 1914)

Un garçon de quatre ans et demi entre à l'hôpital avec la varicelle. Une quinzaine de jours après, il est atteint de scarlatine. Dès le début, la maladie se présente sous une forme si grave qu'on juge l'enfant mortellement atteint. La fièvre est intense : température 41° , pouls 160 ; les amygdales sont volumineuses et d'un rouge violacé, les vomissements sont fréquents ; l'éruption est forte et tend à devenir purpurique par places. Bientôt des ulcérations nécrotiques apparaissent sur les amygdales et sur les piliers, suivies presque aussitôt de jetage nasal et de gonflement des ganglions cervicaux. L'asthénie est profonde ; l'enfant, extrêmement abattu, est inerte sur son lit et n'accuse sa souffrance que par des gémissements.

La tension artérielle tombe à 6-5 et on constate la raie blanche de SERGENT ; le pouls est petit, les battements du cœur sont fréquents. En présence de cette forme maligne de la scarlatine, on porte un pronostic sévère et on donne chaque jour X gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Le soir du cinquième jour, l'enfant est pris de suffocation. La voix est d'abord enrouée, puis elle s'éteint ; la dyspnée apparaît et ne tarde pas à devenir menaçante ; il y a du tirage et des accès d'oppression. La surveillante croit que l'enfant est atteint du croup ; elle le fait transporter immédiatement au pavillon de la diphthérie où l'interne de garde essaye de pratiquer l'intubation. Il est arrêté par une syncope et après quelques tentatives infructueuses, contraint d'y renoncer. Les ten-

dances syncopales persistent, l'état de l'enfant s'aggrave rapidement et la mort survient à la fin de la nuit.

A l'autopsie, la muqueuse laryngée dans la région vestibulaire est grisâtre, tapissée de mucus et présente çà et là quelques follicules saillants ; on voit même, près du cartilage aryénoïde gauche, une petite ulcération imputable peut-être aux essais d'intubation. Dans la région sous-glottique, dans la trachée et les grosses bronches, la muqueuse est également tuméfiée et tapissée de muco-pus. En aucun point, on n'aperçoit de fausses membranes ; pas de bacilles de Löffler, mais des streptocoques en culture presque pure dans le mucus.

OBSERVATION VII (HUTINEL, in *Bulletin médical*, 1914)

Il s'agit d'une fillette de trois ans et demi, amenée au Pavillon dans les premiers jours de février 1914. La scarlatine semble grave, mais l'hyperthermie n'est pas considérable.

Bientôt des ulcérations apparaissent sur les amygdales ; les narines deviennent le siège d'un écoulement purulent et les ganglions cervicaux se tuméfient. On donne de la solution d'adrénaline au millième et on ne fait pas un pronostic trop grave. Dans la nuit du cinquième au sixième jour, l'enfant est prise de dyspnée avec tirage, de rauçité de la voix et de cyanose. On la transporte immédiatement au pavillon de la diphtérie. L'interne de garde, après l'avoir examinée, ne croit pas devoir tenter l'intubation et l'enfant succombe avant la fin de la nuit.

L'autopsie montre une muqueuse laryngée grisâtre, peu tuméfiée, non ulcérée dans la région vestibulaire ; par contre, au-dessous de la glotte, la muqueuse laryngo-trachéale est rouge, gonflée, et du muco-pus se retrouve dans les grosses bronches.

OBSERVATION VIII (HUTINEL, in *Bulletin médical*, 1914)

Une fillette de six ans, habituellement bien portante est amenée le 30 mai en pleine éruption de scarlatine. La peau est très rouge ; les amygdales sont grosses et violacées, la

langue est déjà dépouillée. Rhinite purulente et légère adé-nopathie cervicale. Température : 40°. Pouls très fréquent. Tension artérielle 11-6. Un peu d'acétone dans l'urine ; pas d'albumine.

2 juin. Des ulcérations nécrotiques creusent les amygdales, la température reste élevée, la tension artérielle est tombée à 10-5. On prescrit quinze gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

A 1 heure, suffocation, dyspnée intense et tirage. Un frottis ne montre aucun bacille diphtérique.

A 8 heures, on tente sans succès de pratiquer l'intubation. L'enfant meurt à 3 heures du matin.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION IX (in *Thèse Chaussérie-Laprée*)

Un garçon de treize mois entre le 28 juin 1899, à l'hôpital d'Aubervilliers. Température 38°,6. Le 29, il présente une éruption scarlatineuse généralisée.

Le 30 juin, Rhinite purulente que l'on traite par des lavages à l'eau oxygénée et des applications de pommade mentholée.

Le soir, à 7 heures, la température atteint 40°. L'écoulement par le nez est très abondant, l'enfant a une respiration pénible, comparable à des sanglots répétés. De temps à autre, il y a des pauses de courte durée ; il semble qu'il existe un obstacle au niveau de la glotte.

Le diaphragme se contracte violemment ; il y a un tirage régulier. Par moments, l'enfant respire facilement et librement : à 9 heures, la respiration devient plus pénible et l'enfant se cyanose. Le pus coule en abondance par le nez, et la bouche est remplie de mucosités purulentes ; la lèvre supérieure est rouge et gonflée.

On pratique le tubage. Pendant ce temps, le larynx se contracte d'une façon spasmodique et énergique. Après le tubage, la respiration conserve les mêmes caractères ; les spasmes du diaphragme continuent.

A 4 heures et demie on retire le tube. L'enfant meurt asphyxié quelques instants après.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION X (GOUGET, *Revue de médecine*, 1910)

Une fillette de 4 ans fut prise, au quatrième jour d'une scarlatine, de respiration rauque avec accès répétés de suffocation à l'un desquels elle succomba sans que l'autopsie ait montré autre chose qu'un peu de pus dans quelques bronchioles.

« HÉNOCH, dit GOUGET, dans une note, a appelé l'attention sur certains cas simulant le croup et s'expliquant soit par un œdème collatéral consécutif à une nécrose pharyngée (SEITZ), soit par une laryngite streptococcique (POPPISCHER). LEICHTENTEN, dans une épidémie sévère, a observé une série de cas d'ulcérations laryngées et même de nécroses des cartilages avec œdème de la glotte. Sur neuf trachéotomies de KLOSE, six ont été faites pour des croups scarlatineux sans diphtérie. »

OBSERVATION XI (HUTINEL, in *Bulletin médical*, 1913)

Robert R... : 4 ans 1/2. — Né à terme, de parents sains. A eu une bronchite légère à 6 mois ; l'année dernière, il a présenté des accidents cérébraux de courte durée, dont la nature nous échappe ; il y a quelques mois, coqueluche bénigne.

Le 13 novembre 1911, on a remarqué sur la peau une éruption de varicelle ; l'enfant est conduit au service des douteux. Le 21 novembre, la température monte tout à coup à 40°,2, l'enfant vomit et bientôt paraît une éruption scarlatiniforme. Le 23, la scarlatine est indiscutable : une belle éruption couvre tout le corps ; la gorge est rouge ; les amygdales sont volumineuses ; pas d'albumine.

Le 24, il reste de la varicelle quelques vésicules à contenu louche ; d'autres sont déjà desséchées et couvertes de croûtes ; aucune n'est ulcérée. La langue est déjà décapée, la gorge est framboisée.

Dès le premier jour, l'enfant semble mortellement atteint : abattu, immobile, presque inerte. Pouls 140, température 40°,2. Tension artérielle 7-5. Cet aspect est celui d'une scarlatine maligne : nous prescrivons huit gouttes d'adrénaline à prendre en deux fois, des lavages de la gorge, des pansements du nez et comme régime, du lait et de l'eau.

Le 25 novembre, l'infection s'est accentuée. Du pus coule

des deux narines, le fond de la gorge en est tapissé et on en voit tomber du cavum. Exsudat pultacé sur les deux amygdales ; on croit peu à une infection diphtérique ; pourtant, par prudence, on injecte 20 cc. de sérum de Roux.

Le 26, l'enfant est encore plus abattu. Pouls petit, difficile à compter, tension artérielle presque impossible à mesurer. Dans la nuit, il s'est produit un accès de suffocation ; l'interne de garde a tenté de faire l'intubation du larynx ; il a été arrêté par une syncope. On donne des bains chauds, du champagne coupé d'eau, on continue l'adrénaline et on fait des injections hypodermiques d'huile camphrée ; nouvelle injection de 20 cc. de sérum de Roux. La dyspnée a diminué, mais les tendances syncopales persistent. Ecoulement purulent par les deux narines et par l'oreille gauche ; le cavum est plein de pus. Température 39°,5.

Les jours suivants, l'abattement persiste, un érythème infectieux se montre sur les genoux, les coudes et les fesses. Des ulcérations nécrotiques apparaissent sur la langue et sur les piliers. Les cultures examinées à plusieurs reprises n'ont montré que des cocci : pas de bacilles de Löffler.

Le 3 décembre, l'état de l'enfant est désespéré. Injection intraveineuse d'électrargol. Mort.

Autopsie. La plupart des viscères semblent peu altérés et ne présentent d'autres lésions apparentes qu'un certain degré de congestion. Sur le vestibule du larynx on voit, au milieu des tissus recouverts de muco-pus, des ulcérations de la dimension d'un grain d'orge. Des frottis faits avec ces muqueuses montrent de longues chaînettes de streptocoques ; on en trouve également dans la moelle osseuse.

OBSERVATION XII (PAISSEAU, in *Thèse Toupance*)

Il s'agit d'une fillette de deux ans et demi, atteinte de scarlatine sévère. C'est une idiote, répondant nettement au type mongolique. Il existe en même temps des signes d'insuffisance nasale, occasionnés par des végétations adénoïdes.

La température est très élevée, le pouls considérablement accéléré ; l'éruption est très intense, l'angine violente.

Au quinzième jour de l'éruption, il persiste encore de la tem-

pérature, conditionnée vraisemblablement par le mauvais état du cavum : amygdales volumineuses et infectées ; coryza purulent ; à chaque examen de gorge, une nappe de pus s'étale sur la paroi postérieure du pharynx.

C'est dans ces conditions qu'apparurent les complications laryngées qui se manifestèrent tout d'abord par de la raucité de la voix, puis par des accès de spasme glottique, mais cette dyspnée spasmodique ne tarda pas à devenir permanente et on eut alors le tableau clinique d'un faux croup grave, avec dyspnée permanente, accompagnée de tirage continu, sus et sous-sternal, et même de cornage, car la respiration prit pendant un certain temps un timbre bruyant et rauque.

Malgré leur caractère de gravité ces accidents ne tardèrent pas à s'améliorer progressivement jusqu'à complète guérison.

OBSERVATION XII (In *Thèse Chausserie-Laprée*)

Eugénie D... : vingt-trois mois. — Entre le 22 mai 1899, à l'hôpital d'Aubervilliers. A eu il y a quinze jours une rougeole qui a duré neuf jours et s'est terminée sans complications.

Début le 17 mai par mal de gorge. Pas de vomissements ni de diarrhée. Le 20 mai, apparition d'une éruption rosée sur tout le corps. Elle entre à l'hôpital le 22 mai, avec une température de 39°.

Le 23 mai, éruption rosée sur la poitrine, langue rouge sur les bords, haleine fétide. Amygdales et luette rouges, oedématisées, recouvertes d'enduit pultacé. Coryza purulent, qui persiste les jours suivants. On fait des lavages de la gorge et du nez à l'eau oxygénée.

26 mai. Après le deuxième lavage, l'enfant a eu des spasmes de la glotte.

29 mai. L'écoulement étant très abondant, on a fait cinq lavages. Au cinquième, l'enfant a présenté des accidents d'asphyxie très menaçants, il est devenu subitement violacé et ne respirait qu'avec de très grandes difficultés.

A l'auscultation, on trouve une diminution très nette du murmure vésiculaire à droite ; on suspend les lavages de la

gorge et on les remplace par des attouchements avec un collutoire boraté.

Dans la soirée, l'enfant présente de nouveaux accidents d'asphyxie à la fin d'une tétée ; il se remet un peu mais reste halestant, les lèvres violacées, la respiration difficile.

L'état est très menaçant ; on arrête immédiatement les tétées avec l'intention de les remplacer par des gavages, mais l'enfant succombe deux heures après, avec les mêmes phénomènes asphyxiques. Température : matin 37°,8, soir 38°,1.

Autopsie : Pus dans le larynx. Les deux poumons présentent des foyers de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XIV (HUTINEL, in *Thèse Toupance*)

R..., Yvonne, âgée de trois ans, entrée le 5 mars 1914. Le 2 mars, l'enfant se plaint d'avoir froid et d'avoir mal à la gorge ; elle est agitée, a des frissons ; on n'a pas pris la température.

3 mars. Angine. Température 40°,5. Eruptions sur le tronc et les cuisses.

4 mars. L'enfant tousse et vomit. L'éruption envahit tout le corps. Température : matin 38°,8, soir 40°.

6 mars. A l'entrée : éruption généralisée. Enanthème du voile du palais et des amygdales. Angine ulcéro-nécrotique, exsudat grisâtre surtout à la paroi postérieure. Coryza avec écoulement abondant. Alternance d'agitation et de prostration. Langue rôtie. Erythème aux plis de flexion. Teint subictérique. Foie débordant les fausses côtes de deux travers du doigt. Cœur dilaté. Température 39°,1. On prescrit XII gouttes d'adrénaline. Tension artérielle 9 1/2-5 1/2.

7 mars. Température 40°4. Tension artérielle 9-5 1/2.

8 mars. Température 40°,2, 40°,4. A 11 heures du soir, on passe l'enfant à la diphtérie parce qu'il a du tirage, la voix et la toux éteintes. L'interne reconnaît qu'il ne s'agit pas d'une diphtérie et ne pratique ni intubation ni trachéotomie.

A l'autopsie, muqueuse laryngée non ulcérée, tapissée d'un mucus grisâtre, épaissie, surtout dans la région sous-glottique.

OBSERVATION XV (APERT, *Bulletin de la Société médicale
des Hôpitaux*)

Un enfant entré avec la coqueluche et une angine pseudo-membraneuse à streptocoques a d'abord guéri de cette angine, puis a fait une angine secondaire et de la broncho-pneumonie, et finalement une laryngite suffocante qui a nécessité la trachéotomie. L'enfant est mort le jour même de l'opération au 38^e jour de la maladie.

CONCLUSIONS

1. L'aphorisme « *la scarlatine n'aime pas le larynx* » exprime une idée vraie, car les complications laryngées sont rares au cours de la scarlatine ; elles ne sont cependant pas exceptionnelles, se présentant soit sous forme de laryngites bénignes, soit sous forme de laryngites suffocantes ou faux croup. De ces dernières, nous avons rassemblé quinze observations.

2. Ce faux croup se rencontre surtout chez des enfants de moins de huit ans, prédisposés souvent par une inflammation chronique du naso-pharynx, ou au cours d'une scarlatine maligne ayant produit des ulcérations nécrotiques.

3. Le tableau clinique est celui de la laryngite striduleuse, mais survenant chez un enfant infecté, dont l'état général est toujours grave. On l'observe dans la première semaine de la scarlatine.

4. L'examen bactériologique montre l'absence de bacilles diphtériques et la présence de streptocoques. A l'autopsie, on constate des lésions sous-glottiques superficielles, quelquefois de l'œdème,

5. La brusquerie du début, les caractères de la voix et de la toux, qui restent claires, permettent de faire le diagnostic.

6. Le pronostic est très sombre : 12 décès sur 15 cas.

7. Les tentatives de tubage sont à proscrire : elles déterminent des syncopes. La thérapeutique consiste en compresses et pulvérisations chaudes.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu :

Le Président de la Thèse,

NOBECOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. La scarlatine à l'hôpital des Enfants Malades en 1895. (Bull. et mémoires de la Soc. Méd. des hôpitaux, 1896).
- AVIRAGNET. Adénopathie trachéobronchique et hypertrophie du thymus. (Bull. Soc., pédiatrie, 21 mars 1911).
- Troubles et complications cardiaques dans la diphthérie. (Journal médical français, janvier 1920).
- BABBIER. (Bull. Soc. pédiatrie, 16 février 1909).
- BLEYNIE. De la laryngite scarlatineuse. (Revue méd. de Limoges, 1867-1868, p. 26).
- BOURGÉS. Les angines de la scarlatine. (Th. Paris, 1891).
- CHAILLOU et LOUIS MARTIN. (Annales de l'Institut Pasteur, 1894, p. 464).
- CHAUSERIE-LAPRÉE. Les rhinites purulentes dans la scarlatine. (Th. Paris, 1900).
- COUDERT. Les faux croups graves. (Th. Toulouse, 1908).
- COUPART. Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses. (Rev. gén. clinique et thérap., 1887).
- GOUGET. La scarlatine à l'hôpital, Claude Bernard, en 1908. (Revue de médecine, 1910).
- GRAVES. Leçons de clinique médicale. (Traduction Jaccoud, t. I., p. 440).
- HÉNOCH. Leçons cliniques sur les maladies des enfants. (Traduction). Paris. SAVY, 1885.
- HUTINEL. Le syndrome malin dans la scarlatine (Bulletin médical, 12 mars 1913).

- HUTINEL. La scarlatine et l'appareil respiratoire (Bull. méd., 22 juillet 1914).
- Le syndrome surrénal au cours de la scarlatine. (Bull. méd., mars 1909).
- La scarlatine maligne et le syndrome malin dans les maladies infectieuses. (Archives de médecine des enfants).
- Traité des maladies des enfants, article Scarlatine.
- KERVILLY (DE). Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche. (Th. Paris, 1888, p. 37).
- LEMOINE. Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications. (Bull. et mém., Soc. méd. des hôpitaux, 1896).
- LESAGE. Maladies du nourrisson.
- MARFAN. Leçons cliniques sur la diphtérie.
- C. R. (Assoc. française de pédiatrie, 1910, p. 45).
- Le nourrisson (Le cœrnage chez le nourrisson, 1917. La tétanie, 1919).
- et APERT. (Bull. et mém., Soc. méd.) (Voir APERT).
- MASSE. La région sous-glottique. (Annales des maladies de l'oreille, 1887).
- MOIZARD. Art. Scarlatine du Traité des maladies de l'enfance de GRANCHER, COMBY et MARFAN (t. I).
- NORÉCOURT. Précis de médecine infantile.
- Le cœur dans la scarlatine de l'enfant. (La clinique, 25 mars 1910).
- et LÉON TIXIER. C. R. (Assoc. franç. pédiatrie, 1910, p. 247). Percussion des régions sternale et parasternale supérieures chez le nourrisson.
- et MILHIT. Les troubles cardio-vasculaires dans la scarlatine. (Paris-médical, 18 juillet 1914).
- NOTIN. Scarlatine et streptococcie. (Th. Lyon, 1900).
- OELNISTZ (D'). Hypertrophie du thymus et adénopathie trachéo-bronchique de la première enfance. Diagnostic chirurgical et radiologique. (Bull. Soc. pédiatrie, 20 juin 1911).
- POPPISCHER. Streptokokencroup bei der septischer Scharlack. Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1897, p. 231).

- POUGAUD. L'albuminurie dans la scarlatine. Rapports avec la diphtérie. (Th. Paris, 1910).
- RILLIET et BARTHEZ. Traité clinique et pratique des maladies des enfants.
- ROCHELY (DE). Neuf années de scarlatine à l'hôpital de la Charité. (Th. Lyon, 1900).
- SAINT-PAUL (DE). Etude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants Malades (Th. Paris, 1905).
- SEVESTRE. Etudes cliniques infantiles, 1889.
- TOUCHARD. Laryngites aiguës simulant le croup (Th. Paris, 1893).
- TOUPANCE. Complications respiratoires de la scarlatine (Th. Paris, 1915).
- TROUSSEAU. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. I.
- TRIBOULET et HARVIER. Spasme de la glotte et tétanie (Bull. soc. pédiatrie, 20 juin 1911).
- VARIOT et DÉVÉ. (Soc. méd. des hôpitaux, 26 octobre 1900).
- VARIOT et ROY. (Soc. méd. des hôpitaux, 2 mai 1902).
- WURTZ. Traité de médecine et de Thérapeutique de GILBERT et THOINOT. (T. II., p. 159).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	9
Historique	11
Etude clinique	13
Bactériologie, Anatomie pathologique, Pathogénie	21
Diagnostic	27
Indications thérapeutiques	31
Observations	33
Conclusions	41
Bibliographie	43

